

Fragebogen

bei Interesse oder Aufnahmewunsch in
Wohn- oder Betreuungsangebote der
Diakonie Stetten e.V.

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:

Gewünschtes Angebot:

<p><input type="checkbox"/> Kurzzeitunterbringung</p> <p>Kurzzeitaufenthalte ermöglichen eine zeitlich befristete Entlastung bei der Betreuung und Pflege eines Menschen mit kognitiver und oder körperlichen Behinderung, der zu diesem Zeitpunkt nicht von seinen Angehörigen betreut werden kann. Der zeitliche Umfang des Angebots liegt in der Regel zwischen einer Nacht und drei Wochen. Vorrang wird die Maßnahme über die Pflegekasse (Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege) finanziert.</p> <p>Gewünschter Zeitraum:</p>
<p><input type="checkbox"/> Besondere Wohnform</p> <p>In besonderen Wohnformen (ehemals „Stationäre Einrichtungen“) wohnen mehrere Personen mit Behinderung zusammen und werden in der Regel rund um die Uhr betreut.</p>
<p><input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen</p> <p>Das Angebot „ambulant betreutes Wohnen“ richtet sich an Menschen mit Behinderung, die eigenständig in einer Wohnung/ Wohngemeinschaft (3 Personen) leben können, aber in verschiedenen Lebensbereichen Begleitung und Unterstützung benötigen. Die Mitarbeitenden sind in der Regel nur stundenweise bei den Klient*innen.</p>
<p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen in Familien</p> <p>Ein Mensch mit Behinderung wohnt dauerhaft in einer Gastfamilie und wird durch sie im Alltag begleitet und unterstützt.</p>
<p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>

Bis wann wird ein Einzug gewünscht?
Aus welchem Grund soll die Aufnahme erfolgen?

Name des Anfragenden	Passfoto
Vorname	
Geburtsdatum: Geburtsort:	
Familienstand: Ehe- / Lebenspartner (Name / Anschrift / Kontakt):	Staatsangehörigkeit: Konfession:
Zur Zeit wohnhaft <input type="checkbox"/> Herkunftsfamilie <input type="checkbox"/> bei einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> alleine - eigene Wohnung <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung: _____ Genaue Anschrift:	

Bisherige Aufenthalte in Heimen und psychiatrischen Kliniken:
1)
2)
3)
4)

Rechtliche Vertretung bei Minderjährigen:

Sorgerechtigte

Name und Vorname Sorgeberechtigten (Mutter/ Vater)
Postleitzahl, Wohnort
Straße, Hausnummer
Telefon/ Handy
E-Mail

Name und Vorname Sorgeberechtigten (Mutter/ Vater)
Postleitzahl, Wohnort
Straße, Hausnummer
Telefon/ Handy
E-Mail

Amtspfleger

Vormund

Name und Vorname Amtspfleger/ Vormund
Postleitzahl, Wohnort
Straße, Hausnummer
Telefon/ Handy
E-Mail

Rechtliche Vertretung bei Volljährigen:

- Rechtliche Vertretung
- Bevollmächtigte*r/ Generalvollmacht

Bitte Nachweis beifügen!

Name und Vorname
Postleitzahl, Wohnort
Straße, Hausnummer
Telefon/ Handy
E-Mail

Wirkungskreise bei rechtlicher Vertretung:
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
<input type="checkbox"/> Abschluss von Heim- und Versorgungsverträge
<input type="checkbox"/> Öffnen und Bearbeiten von Behördenpost
<input type="checkbox"/> Sonstige:

Bestellt durch das Betreuungsgericht (Notariat/ Name des Amtsgerichts):
Aktenzeichen:
am:

Weitere wichtige Ansprechpartner*innen (Adresse und Beziehung zum*r Anfragenden)
1
2

Grundangaben

- Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten (*Geistige Behinderung*)
- Beeinträchtigung der psychischen/ seelischen Gesundheit (*Psychische Behinderung*)
- Beeinträchtigung der körperlichen Funktion (*Körperbehinderung*)
 - aktiver Rollstuhlfahrer*innen
 - passiver Rollstuhlfahrer*innen

Ärztliche Diagnosen (ggf. nach ICD-10)

Angaben zur Schwerbehinderung:

Schwerbehindertenausweis liegt vor: ja nein

Ausgestellt durch: _____

Merkzeichen: G aG H B Gl RF B

Grad der Behinderung: _____

Befristet bis: _____

Lebenslauf

Bisherige vorschulische und schulische Förderung (Frühförderung, Kindergarten, Sonderschule, etc.)

Wo:	Art:	Von- bis:
Wo:	Art:	Von-bis:
Wo:	Art:	Von-bis:
Wo:	Art:	Von- bis:

Bisheriger beruflicher Werdegang: (Werkstatt für Menschen mit Behinderung/ berufliche Rehamaßnahmen, tagesstrukturierende Angebote, etc.)

Wo:	Art:	Von- bis:
Wo:	Art:	Von-bis:
Wo:	Art:	Von-bis:
Wo:	Art:	Von- bis:

Finanzierung

Pflegeversicherung (SGBXI)

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad festgestellt <input type="checkbox"/> noch keinen Pflegegrad beantragt
Krankenkasse: Adresse der Krankenkasse:
Mitgliedsnummer:
Versichertenstatus: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Fachleistungen durch Eingliederungshilfe (SGB IX)

Zuständige Eingliederungshilfe (Landratsamt):
Wurde bereits Kontakt zur Eingliederungshilfe aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ansprechperson:
Gibt es bereits ein BEI-BW oder Gesamtplan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Liegt bereits ein BEI-BW oder Gesamtplan vor, bitten wir um Beilage.
Besteht eine Vergütungsgruppe/ Hilfedarfsgruppe: <input type="checkbox"/> keine Wenn ja: <input type="checkbox"/> HBG 1 <input type="checkbox"/> HBG 2 <input type="checkbox"/> HBG 3 <input type="checkbox"/> HBG 4 <input type="checkbox"/> HBG 5 oder <input type="checkbox"/> ABW-Pflegesatz: _____ <input type="checkbox"/> Wohntraining: _____ <input type="checkbox"/> BWF-Pflegesatz: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____

Existenzsichernde Leistungen durch Grundsicherung/ Wohngeld (SGB II / SGB XII)

Werden bereits existenzsichernde Leistungen (Grundsicherung, Wohngeld etc.) bezogen?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Versicherungen:

Besteht eine eigene

Haftpflichtversicherung: ja nein

Hausratversicherung: ja nein

Sonstige Versicherungen: _____

Sonstige ergänzende Bemerkungen:

Auf die diesem Fragebogen beigefügten datenschutzrechtlichen Informationen und die entsprechende notwendige Einwilligungserklärung wird hingewiesen.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____
Anfrage Person / rechtliche Vertretung

Datenschutzrechtliche Informationen und Einwilligungserklärung gemäß §§ 6, 11, 13 und 17 DSGVO zur Verarbeitung der Daten im beigefügten Fragebogen bei Interesse oder Aufnahmewunsch in Wohn- oder Betreuungsangebote der Diakonie Stetten e.V.

Die folgenden Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch:
Diakonie Stetten e.V., Schlossberg 2, 71386 Kernen-Stetten,
vertreten durch den Vorstand, Herrn Dietmar Prexl und Herrn Pfarrer Dr. Friedemann Kuttler.
<https://www.diakonie-stetten.de> Email: information@diakonie-stetten.de
Telefon: +49 (0)7151 / 940-0,

Zur Bearbeitung Ihrer Anfrage über unsere Wohn- und Betreuungsangebote sowie zur Erfüllung aller vorvertraglichen und vertraglichen Pflichten, ggf. auch für den Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages benötigen wir die Informationen und Daten, die im beigefügten Fragebogen aufgeführt werden, der auch Gegenstand dieser Information und Erklärung ist. Ihre darin gemachten Angaben werden gemäß § 6 Nr. 5 DSGVO von uns verarbeitet.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der Aufnahmeanfrage ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet und gespeichert. Für den Fall der Unterzeichnung des Vertrags werden Ihre Daten dann bei uns in der Klientenakte gespeichert und dienen ausschließlich der Erfüllung aller Maßnahmen, die sich aus dem Wohn- und Betreuungsvertrag nebst Anlagen ergeben.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet im Rahmen Ihrer Anfrage über unsere Wohn- und Betreuungsangebote nicht statt, es sei denn, dass Sie hierin gesondert einwilligen. Bei Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages werden die Daten nur weiterverarbeitet und ggf. weitergegeben, soweit dies nach Maßgabe des Vertrags und seiner Anlagen jeweils zur Erfüllung der vertraglichen Aufgaben im Einzelfall erforderlich ist.

Die Daten werden unter Beachtung etwaiger gesetzlicher Vorschriften gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind bzw. Sie der weiteren Nutzung widersprechen, die Löschung verlangen oder Ihre nachstehende Einwilligungserklärung widerrufen.

Die allgemeine Datenschutzerklärung der Diakonie Stetten e.V. finden Sie hier:
<https://www.diakonie-stetten.de/datenschutz>.

Sie haben das Recht, der Verwendung der Daten jederzeit zu widersprechen, wobei hierbei die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend beseitigt wird. Sie sind weiter berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie bzw. über die von Ihnen rechtlich vertretene Person gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Sie haben das Recht die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

Wenn Sie ein Recht ausüben möchten, dann nehmen Sie Kontakt mit unserer örtlich Beauftragten für den Datenschutz auf:

DataCo GmbH

Dachauer Straße 65

80335 München

Telefon +49 89 7400 45840

E-Mail: info@dataguard.de

www.dataguard.de

BfD EKD

Außenstelle Ulm; Hirschstraße 4; 89073 Ulm;

Tel.: 0731 140593-0; Fax: 0731 140539-20;

sued@datenschutz.ekd.de

Da auch besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß § 4 Nr. 2. DSGVO verarbeitet werden (hier insbesondere Gesundheitsdaten), bitten wir Sie auch insoweit in die Verarbeitung Ihrer Daten einzuwilligen.

Die Unterzeichnung dieser Erklärung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Bearbeitung Ihrer Anfrage ausschließen und / oder den Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages unmöglich machen.

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Diakonie Stetten e.V. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und ggf. in der Folge bei Erfüllung des Wohn- und Betreuungsvertrages zur Kenntnis genommen und willige in das beschriebene Verfahren ein, insbesondere auch im Blick auf besonderen Kategorien von Daten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen und bin mir über die diesbezüglichen Folgen bewusst.

_____, den _____

Unterschrift Interessent/in, rechtliche Vertretungsperson

Ärztliches Zeugnis für das Aufnahmegesuch (vom Arzt auszufüllen):

Familienvorgeschichte:

Familienverhältnisse:
Geschwister (evtl. Besonderheiten):
Gehäuft in der Familie auftretende/aufgetretene Erkrankungen (intern., neurologische oder psychiatrische Erkrankungen):

Vorgeschichte des*r Patient*in:

Schwangerschafts- und Geburtsverlauf: (Geburtsgewicht, Apgar-Werte, Komplikationen)
frühere Krankheiten: (Meningitis, Epilepsie, Kinderkrankheiten, Operationen u.A.)
Humangenetische Untersuchungen:
Risikofaktoren bzw. Anfälligkeiten für bestimmte Krankheiten:
frühere Klinik- oder Heimaufenthalte:
Verhaltensauffälligkeiten: (Aspekte psychischer Erkrankungen)

Diagnose:

Möglichst mit Angaben über Entstehung und wesentliche Symptome des Krankheitsbildes:
--

Körperlicher Befund:

Allgemeinzustand: (Größe, Gewicht, Ernährungszustand, Dysplasien, Degenerationszeichen)
Innere Organe:
Hirnnerven:
Störungen der Willkürmotorik: (Reflexe, Tonus, grobe Kraft, Mobilität, Lähmungen)
Störungen der extrapyramidalen Motorik: (z.B.: Athetose, Chorea, Parkinson-Syndrom, Ataxie)
Steh- und Gehfähigkeit:
Sprachstörungen:
Besondere Anforderungen an die Pflege: (Nahrungsaufnahme, Inkontinenz, Dekubitus o.Ä.)

Psychischer Befund:

Zuwendung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit:
Antrieb, Stimmungslage (Suizidgefahr):
Wahnideen, Halluzinationen:
Soziales Verhalten:
Intelligenz, evtl. mit Angabe des Entwicklungs- und Intelligenzquotienten:
Geistige und motorische Leistungsfähigkeit: (Lesen, Rechnen, Schreiben, Selbsthilfe)
Bildungsfähigkeit: (schulisch, praktisch)

Bei Epilepsie:

Diagnose der Epilepsie:
Begin:
Art der Anfälle:
Häufigkeit, Tageszeiten der Anfälle:
psychische Veränderungen/Auffälligkeiten:
jetzige Medikation: (evtl. Aufstellung der bisher angewendeten Medikamente, möglichst mit Angabe der Dosis)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes